

COPIA PARA  
PROVEEDOR



COPIA PARA  
PROVEEDOR

**FORMULARIO DE REFERENCIAS PARA FAX**

**\*\*EL PROVEEDOR ENVÍA ESTA COPIA POR FAX A QUITLINE (877) 747-9528\*\***

Proveedor

1. Nombre del paciente en imprenta (apellido, nombre) \_\_\_\_\_ 2. Fecha actual \_\_\_\_\_
3. Fecha nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4. ¿Embarazada? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_ 5. Idioma que habla \_\_\_\_\_
6. Proveedor \_\_\_\_\_ 7. Nombre de clínica y departamento \_\_\_\_\_
8. Dirección, ciudad y C.P. \_\_\_\_\_
9. Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Entregar al paciente una copia para PACIENTE antes de enviarla por fax a la Línea Quitline de Abandono del Tabaco de Kansas (877) 747-9528.**

Paciente

_____ Iniciales Paciente
-----------------------------

**Permito a mi proveedor de atención de salud enviar esta información por fax. Comprendo que un Consejero de Quitline se comunicará conmigo. Comprendo que este servicio es gratuito.**

- Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha actual \_\_\_\_\_
- Dirección del paciente \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_, KS C.P. \_\_\_\_\_
- Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Quitline lo llamará. Rogamos marcar los mejores momentos para que Quitline se comunice.**

- Mañana  Tarde  Noche  Fin de semana

**Si usted no se encuentra cuando lo llamamos ¿podemos dejar un mensaje identificándonos como La línea Quitline de Abandono del Tabaco?**

\_\_\_\_S \_\_\_\_N

**(SOLO PARA PROVEEDORES)**

PREGUNTAR	CONSEJO	EVALUAR	ASISTENCIA	ORGANIZAR
Fecha _____ Inicial _____	<input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Enérgico <input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Falta de interés <input type="checkbox"/> Abandonará más tarde <input type="checkbox"/> Preparado en 30 días <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Recaída	<input type="checkbox"/> Fijar fecha de abandono____ <input type="checkbox"/> Sugerir métodos de solución de problemas <input type="checkbox"/> Brindar apoyo social <input type="checkbox"/> Analizar el ambiente del fumador <input type="checkbox"/> Brindar materiales	<input type="checkbox"/> Referencia a Quitline <input type="checkbox"/> Referencia a grupos de abandono del tabaco <input type="checkbox"/> Seguimiento de la cita dada <input type="checkbox"/> Analizar la Terapia de Reemplazo de Nicotina (NRT, por sus siglas en inglés)
No. de productos de tabaco por día _____				
No. de años de consumo de tabaco _____				